



Seguro médico para menores y mujeres embarazadas

Esta solicitud es para los programas de seguro médico de Virginia para menores y mujeres embarazadas.
 FAMIS y FAMIS Plus proporcionan cobertura para menores.
 FAMIS MOMS y Medicaid proporcionan cobertura para mujeres embarazadas.



Solicitud: Nueva Renovación
 N.º de identificación familiar _____
 Trabajador(a) social _____

Paso 1

Díganos quién llena la solicitud, dónde vive usted, y dónde recibe su correo:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Números Telefónicos	Idioma que prefiere (ver instrucciones)		
			Casa () Trabajo () Otro ()			
Dirección	Apto. N.º	Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad/Condado de residencia	
(Calle)						
(Dirección postal)						

Paso 2

Díganos si alguien que esté solicitando seguro médico está embarazada:

Se requiere prueba de embarazo y fecha estimada de parto. Ver instrucciones.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha estimada de alumbramiento
			(Mes/Día/Año)

Paso 3

Proporcione información de todos los niños y mujeres embarazadas menores de 21 años que viven en su casa:

Si hay más de cuatro niños en la casa, llene los pasos 3 y 4 en otra solicitud (o en un Formulario para Niños adicional) y anéxelo a esta solicitud.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
Nombre completo del niño (Nombre, inicial, apellido)				
Relación que tiene con usted				
Fecha de nacimiento y sexo	____/____/____ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <small>mes día año</small>	____/____/____ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <small>mes día año</small>	____/____/____ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <small>mes día año</small>	____/____/____ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <small>mes día año</small>
Madre/padre, o madrastra/padrastra del niño, o cónyuge que vive en la casa (Nombre, inicial, apellido)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita
	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita
	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra <input type="checkbox"/> Cónyuge Nombre: _____ (N.º SS) _____ No se necesita

Paso 4

Proporcione información sobre los menores de 19 años y las mujeres embarazadas menores de 21 años que solicitan seguro:

	Niño 1 <i>continuación</i>	Niño 2 <i>continuación</i>	Niño 3 <i>continuación</i>	Niño 4 <i>continuación</i>
Nombre completo del niño (Nombre, inicial, apellido)				
¿Está solicitando seguro médico para un menor?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

Si está solicitando seguro para este niño, responda a las siguientes preguntas. Si no está solicitando seguro para este niño, puede ir al Paso 5.

¿El niño es ciudadano de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	En caso negativo , proporcione lo siguiente: N.º de tarjeta de residencia/INS: _____ País de nacimiento: _____ Fecha de ingreso a los Estados Unidos: _____	En caso negativo , proporcione lo siguiente: N.º de tarjeta de residencia/INS: _____ País de nacimiento: _____ Fecha de ingreso a los Estados Unidos: _____	En caso negativo , proporcione lo siguiente: N.º de tarjeta de residencia/INS: _____ País de nacimiento: _____ Fecha de ingreso a los Estados Unidos: _____	En caso negativo , proporcione lo siguiente: N.º de tarjeta de residencia/INS: _____ País de nacimiento: _____ Fecha de ingreso a los Estados Unidos: _____
N.º de Seguro Social del niño, o fecha cuando solicito el Seguro Social (N.º SS)				
¿El niño va a la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Raza del niño (Vea los códigos que aparecen a continuación)	N.º de código de raza _____	N.º de código de raza _____	N.º de código de raza _____	N.º de código de raza _____
	CÓDIGO DE RAZA: 1 Blanco; 2 Negro/afroamericano; 3 Amerindio/Nativo de Alaska; 4 Asiático; 5 Español-americano/hispano; 6 Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico; 7 Asiático y blanco; 8 Negro/afroamericano y blanco; 9 Otro o desconocido; o A Asiático y negro/afroamericano			
Origen étnico del niño	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿El niño tiene actualmente seguro médico? (Vea las instrucciones para obtener más información)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N.º de identificación de la póliza: _____	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N.º de identificación de la póliza: _____	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N.º de identificación de la póliza: _____	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N.º de identificación de la póliza: _____
¿Ha tenido el niño seguro médico durante los últimos 4 meses? (Vea las instrucciones para obtener más información)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N.º de identificación de la póliza: _____ Fecha de vencimiento de la póliza: _____	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N.º de identificación de la póliza: _____ Fecha de vencimiento de la póliza: _____	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N.º de identificación de la póliza: _____ Fecha de vencimiento de la póliza: _____	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N.º de identificación de la póliza: _____ Fecha de vencimiento de la póliza: _____
¿Por qué terminó el seguro en los últimos 4 meses? (Ver los motivos a continuación.)	Motivo N.º _____ Otro _____	Motivo N.º _____ Otro _____	Motivo N.º _____ Otro _____	Motivo N.º _____ Otro _____

RAZONES POR LAS CUALES TERMINÓ EL SEGURO MÉDICO DEL NIÑO: (VER LAS INSTRUCCIONES.) 1 El padre/madre, o padrastro/madrastra, cambió de trabajo o dejó el empleo, y ningún otro empleador contribuye con el costo de la cobertura familiar. 2 El empleador del padre/madre, o del padrastro/madrastra, dejó de contribuir con el costo de la cobertura familiar, y ningún otro empleador contribuye con el costo de la cobertura familiar. 3 La compañía de seguros discontinuó la cobertura porque el niño no puede ser asegurado. 4 El costo del seguro era superior al 10% de los ingresos mensuales (antes de impuestos). 5 El seguro fue discontinuado o cancelado por una persona que no es el padre, madre, padrastro o madrastra que vive con el niño. 6 Se discontinuó o canceló una póliza COBRA. 7 Otro.

Paso 5

Proporcione información sobre las mujeres embarazadas de 21 o más años que solicitan seguro:

Si no está solicitando cobertura para una mujer adulta embarazada, puede ir al Paso 6.

Nombre completo (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		¿Está solicitando seguro médico para una mujer embarazada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Fecha de nacimiento de la mujer ____/____/____ mes / día / año	Relación que tiene con usted:	Proporcione el nombre completo del esposo si vive en la casa:		
¿Es la mujer embarazada ciudadana de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso negativo , proporcione lo siguiente: N.º de tarjeta de residencia/INS: _____ País de nacimiento: _____ Fecha de ingreso a los Estados Unidos: _____	N.º seguro social:	Raza: (Vea los códigos que aparecen a continuación) N.º de código de raza _____	Origen étnico: Hispano/Latino <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
CÓDIGOS DE RAZA 1 Blanco; 2 Negro/afroamericano; 3 Amerindio/Nativo de Alaska; 4 Asiático; 5 Español-americano/hispano; 6 Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico; 7 Asiático y blanco; 8 Negro/afroamericano y blanco; 9 Otro o desconocido; o A Asiático y negro/afroamericano				
¿La mujer embarazada tiene actualmente seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo , proporcione lo siguiente:	Tipo de póliza: _____	N.º de indentificación de la póliza: _____	
		Nombre de la compañía _____		

Paso 6

Proporcione información sobre los ingresos de su hogar:

Llene la sección que figura a continuación por cada madre/padre, madrastra/padrastro, niño, mujer embarazada, y cónyuge que vivan en la casa y que reciban ingresos. Enumere separadamente cada fuente de ingresos. Incluya ingresos provenientes del trabajo, trabajo por cuenta propia, manutención de menores, beneficios del Seguro Social, compensación por desempleo, y cualquier otro tipo de ingresos recibidos. Escriba todos de los ingresos antes de los impuestos y otras deducciones (ingresos brutos). No incluya los ingresos recibidos por tutores, abuelos u otros familiares. Si la familia no tiene ingresos, escriba "NINGUNO" en el cuadro que aparece a continuación. (Vea las instrucciones sobre los detalles de los tipos de ingresos que se deben incluir y el comprobante de ingresos que se debe presentar.)

¿Tenemos su permiso para obtener información de todos los empleadores, si fuese necesario, sobre las fechas de empleo y las ganancias? SÍ NO

Persona que recibe los ingresos	Nombre del empleador o fuente de ingresos	¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos?	¿Qué cantidad de ingresos brutos se recibe?
_____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	_____ ¿Es empleado del estado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	\$
_____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	_____ ¿Es empleado del estado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	\$
_____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	_____ ¿Es empleado del estado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	\$
_____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	_____ ¿Es empleado del estado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	\$

FAMIS Select: FAMIS ofrece ayuda con las primas de seguro médico privado a través de FAMIS Select.

Si su niño ha sido aprobado para recibir FAMIS, podrá optar por inscribirlo en un plan de seguro privado o del empleador, en lugar de FAMIS. **FAMIS Select** podría ayudarle a pagar ese seguro.

Si mi hijo es aprobado para recibir FAMIS, me gustaría obtener más información sobre **FAMIS Select**.

Ya estamos terminando. Vaya al dorso de la página, llene la solicitud, y recuerde firmarla.

Paso 7

Proporcione información sobre gastos de instituciones para el cuidado de niños o de adultos.

¿Usted le paga a alguien para que cuide al niño o a un adulto mientras usted trabaja? SÍ NO

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Nombre completo de la persona que recibe cuidados en una institución	_____	_____	_____	_____
¿Cuánto paga? _____	¿Cuánto paga? _____	¿Cuánto paga? _____	¿Cuánto paga? _____	¿Cuánto paga? _____
¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____

Paso 8

Proporcione información sobre sus facturas médicas durante los últimos 3 meses:

Si el niño o la mujer embarazada reúnen los requisitos, FAMIS Plus o Medicaid para mujeres embarazadas podría ayudarle con los servicios médicos o dentales de los últimos 3 meses. ¿Algún niño o mujer embarazada para quien usted está llenando la solicitud ha recibido servicios médicos o dentales durante los últimos 3 meses? SÍ NO

En caso **afirmativo**, escriba los nombres de los niños y los meses durante los cuales recibieron servicios médicos o dentales. (Nota: Los servicios dentales están cubiertos solamente para los niños.)

Deberá proporcionar prueba de los ingresos familiares de los meses en que el niño o la mujer embarazada recibieron atención médica o dental. **NO ENVÍE FACTURAS MÉDICAS O DENTALES.**

Paso 9

Díganos si ha autorizado a alguien más para hacer el seguimiento a esta solicitud:

Si desea que alguien nos contacte en nombre suyo, llene la siguiente información:

Autorizo a (nombre) _____ y/o (nombre de la organización) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

para recibir información de elegibilidad e inscripción relativa a mi(s) hijo(s) o a la mujer embarazada que aparece(n) en esta solicitud. También autorizo a FAMIS, al Departamento local de Servicios Sociales, y/o al Departamento de Servicios de Asistencia Médica, a proporcionar información sobre esta solicitud a esta persona u organización.

Paso 10

Firma: **No podemos procesar esta solicitud a menos que esté firmada.**

Certifico con mi firma a continuación que he leído mis **Derechos y Obligaciones** (que aparecen en la página de instrucciones), y acepto todos los términos y condiciones. También declaro que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi mejor saber y entender. Entiendo que si doy información falsa, retengo información, o no notifico con prontitud o intencionalmente los cambios requeridos, el seguro médico podría ser denegado o cancelado, y yo podría ser enjuiciado por perjurio, robo y/o fraude.

FIRMA (OBLIGATORIA)

FECHA

Esta solicitud podrá usarse para: FAMIS o FAMIS Plus para menores, y FAMIS MOMS y Medicaid para mujeres embarazadas (FAMIS Plus es el nuevo nombre del Medicaid para niños)

¿Cómo presento la solicitud?

Para comenzar, simplemente llame a nuestro número gratuito **1-866-87-FAMIS (1-866-873-2647)**, o llene esta solicitud y envíela por correo a **FAMIS P.O. Box 1820, Richmond, Virginia 23218-1820**, o envíela por fax al **número de fax gratuito 1-888-221-9402**. Esta solicitud también puede ser enviada por correo, entregada personalmente o enviada por fax al **Departamento local de Servicios Sociales (Department of Social Services)** en la ciudad o condado donde usted vive. Consulte las páginas azules de su guía telefónica para averiguar la dirección y número de teléfono del Departamento de Servicios Sociales de su zona. No es necesario que usted vaya en persona a FAMIS o al Departamento local de Servicios Sociales para presentar la solicitud. También puede presentar la solicitud por internet, en **www.famis.org**.

Para un niño o mujer embarazada menor de 21 años:

Los padres pueden presentar la solicitud por sus hijos. Un familiar adulto con quien el niño viva también puede firmar una solicitud a nombre del niño. Un adulto que tenga la custodia legal o la tutela del niño también puede presentar la solicitud para un niño, pero deberá anexar una copia de los documentos del tribunal. Una persona que esté autorizada por escrito por uno de los padres o tutor legal, para actuar en nombre de la madre o el padre y puede presentar la solicitud, pero deberá anexar una autorización firmada por uno de los padres. Los adultos casados con una persona menor de edad, pueden presentar la solicitud a nombre de su cónyuge. Los niños y las mujeres embarazadas de 18 o más años de edad, o los menores emancipados por un tribunal, pueden aplicar por sí mismos.

Para una mujer embarazada mayor de 21 años:

Una mujer adulta embarazada puede presentar la solicitud por sí misma. El esposo adulto de una mujer embarazada, tutor, o un familiar adulto podrá solicitar a nombre de ella, si no puede hacerlo por sí misma.

Paso 1 Información sobre la persona que llena la solicitud: Llene esta sección indicando su nombre, dirección, ciudad y condado de residencia, y número de teléfono. Si podemos llamarle al trabajo, incluya ese número de teléfono. Díganos qué idioma prefiere. Escriba el nombre del idioma que prefiere en el espacio correspondiente, como por ejemplo: Inglés, español, camboyano, vietnamita, farsi, creole (francés criollo)

haitiano, laosiano, chino, coreano, somalí, curdo, árabe, francés, alemán, japonés, o cualquier otro idioma.

Paso 2 Información sobre la solicitante embarazada: Llene esta sección si está solicitando seguro para una mujer embarazada. Escriba el nombre de la mujer y la fecha estimada de parto. Anexe a la solicitud la prueba de embarazo del proveedor de servicios médicos de la mujer.

Paso 3 Información sobre los niños y mujeres embarazadas menores de 21 años: Proporcione información sobre todos los niños y mujeres embarazadas menores de 21 años que vivan en la casa con usted, aun si no están solicitando **FAMIS, FAMIS Plus, FAMIS MOMS, o Medicaid para mujeres embarazadas**. Si bien en este formulario solo puede presentar solicitud para niños menores de 19 años y mujeres embarazadas, necesitamos la información de todos los niños menores de 21 años que viven en su casa para determinar el número de miembros de la familia. Si hay más de 4 niños menores de 21 años en la casa, llene los pasos 3 y 4 en el formulario para niño adicional, o en otra solicitud, y anéxela a ésta. Para cada niño menor de 21 años que viva en la casa, escriba el nombre del niño, la relación con usted, la fecha de nacimiento del niño, e indique si es hombre o mujer. Escriba el nombre de los padres, madrastra o padrastro del niño, y del conyuge que viven en la casa, e indique la relación de estas personas con el niño. El número de Seguro Social (# SS) de la madre o del padre, madrastra o padrastro, y del conyuge, es información de utilidad, pero no obligatoria. Si está presentando una solicitud para una mujer embarazada menor de 21 años, incluya toda la misma información.

Paso 4 **Proporcione información sobre los menores de 19 años y las mujeres embarazadas menores de 21 años que solicitan seguro:** Escriba nuevamente el **nombre** de cada persona menor de 21 años en la parte superior de la misma columna. Marque si está **solicitando seguro médico** para cada niño o mujer embarazada menor de 21 años. Contesté a todas las preguntas de la columna si está solicitando seguro médico para esa persona.

Si el niño o la mujer embarazada menor de 21 años es **ciudadano(a) de los Estados Unidos**, marque sí. Si son **inmigrantes legales**, indique el número de tarjeta de residente/INS del niño, país de nacimiento, y fecha de ingreso a los Estados Unidos. Algunos residentes legales podrían calificar para estos programas de seguro médico. Junto con esta solicitud, usted debe proporcionar una copia del frente y dorso de la Tarjeta de Residente del niño o de la mujer embarazada, u otra prueba de su estado migratorio. Su estado migratorio no será informado al INS. No necesitamos información alguna sobre el estado migratorio de sus familiares adultos, si no

están solicitando seguro médico. El INS no podrá usar esta solicitud para negarle la entrada a los Estados Unidos, para perjudicar su estado de residente permanente, ni para deportarlo.

Díganos si el niño **va a la escuela** actualmente.

Escriba el número de código correcto correspondiente a la **raza** de la persona. Los códigos se mencionan debajo de la pregunta en la solicitud. Luego, marque "Sí" o "No" si el niño es de origen étnico hispano/latino.

El hecho de tener otro seguro médico no afecta a la elegibilidad de un menor para FAMIS Plus o a la elegibilidad de una mujer embarazada para Medicaid, pero podría afectar a la elegibilidad para FAMIS y FAMIS MOMS. Díganos si la persona tiene **seguro médico actualmente**, y el tipo de póliza que tiene. (Por ejemplo, cobertura integral, cobertura para gastos médicos mayores, plan para gastos médicos por accidentes en la escuela, cobertura dental, etc.). Indique el nombre de la compañía de seguros y el número de póliza.

Los menores no pueden participar en FAMIS hasta que hayan estado sin seguro durante 4 meses, a menos que se trate de una mujer embarazada o que hubiese una razón válida por la cual terminó el seguro médico. Si el menor ha tenido **seguro médico durante los últimos 4 meses**, proporcione información sobre la póliza. Indique el tipo de póliza, nombre de la compañía de seguros, número de póliza del seguro médico anterior, y la fecha en que terminó. Lea los **motivos válidos para cancelar el seguro médico mencionados** en la solicitud, y si alguno de ellos se aplica a su caso, escriba el número del motivo en el espacio correspondiente. Si ninguno de esos motivos fuese correcto, escriba una breve explicación de por qué se canceló el seguro. Si el seguro del menor fue cancelado debido al costo (motivo N.º 4), deberá presentar prueba del costo mensual del seguro cancelado. Si una compañía de seguros canceló la cobertura del menor por un motivo que no sea falta de pago de las primas (motivo N.º 3), presente la prueba de tal motivo que le envió la compañía de seguros. Si desea más información sobre los motivos válidos, o sobre qué debe incluir con la solicitud, llame al **1-866-87-FAMIS** o al **Departamento local de Servicios Sociales**. **Esta regla no se aplica a FAMIS Plus.**

Si está presentando una solicitud para una mujer embarazada menor de 21 años, no necesita proporcionar información sobre el seguro médico de los últimos cuatro meses, y puede ir al próximo paso.

Paso 5 Mujeres embarazadas de 21 años o más que solicitan seguro:

Escriba el **nombre** completo de la mujer embarazada y marque si está solicitando seguro médico. Incluya la fecha de nacimiento de la mujer, la relación con usted (usted misma, cónyuge, hija, etc.) y el nombre completo del esposo, si éste vive en la casa.

Si la mujer embarazada es **ciudadana de los Estados Unidos**, marque sí. Si la mujer es una **inmigrante legal**, indique el

número de tarjeta de residente/INS de ella, país de nacimiento, y fecha de ingreso a los Estados Unidos. Algunos adultos que son residentes legales podrían calificar para estos programas de seguro médico. **Junto con esta solicitud, usted debe proporcionar una copia del frente y dorso de la Tarjeta de Residente de la mujer u otra prueba de su estado migratorio.**

Se requiere un **número de Seguro Social** para toda mujer embarazada que solicite seguro médico.

Ingrese el número correcto del código correspondiente a la **raza y origen étnico** de la mujer embarazada. Los códigos se mencionan debajo de la pregunta en la solicitud. Luego, marque "Sí" o "No" si la mujer es de origen étnico hispano/latino.

Marque si la mujer tiene actualmente seguro médico. En caso afirmativo, indique el tipo de póliza, nombre de la compañía, y número de identificación de la póliza.

Paso 6 Ingresos familiares: En algunas situaciones, podríamos necesitar contactar a los empleadores para obtener información relativa a las fechas de empleo y de los ingresos. Si usted está de acuerdo en que hagamos esto para procesar su solicitud, marque "Sí".

Para cada padre/madre, padrastro/madrastra, cónyuge y menores de 21 años que vivan en la casa y reciban ingresos, escriba los **nombres y la fuente de los ingresos**. Si los ingresos provienen de un empleo, indique el nombre del empleador. Si los ingresos provienen de otra fuente (como manutención de menores, compensación por desempleo, Seguro Social, etc.), escriba el tipo o fuente de los ingresos. Marque "Sí" si la persona trabaja para el **gobierno estatal**.

Para cada tipo de ingreso indicado, marque con qué frecuencia se recibe (**cada semana, cada dos semanas, dos veces al mes, una vez al mes, o anualmente**), y escriba el importe bruto de los ingresos que recibe cada vez. **Asegúrese de escribir el importe de los ingresos antes de la deducción de impuestos** o cualquier otro tipo de deducción (ingresos brutos).

También deberá presentar **prueba de cada tipo de ingresos** que reciba un miembro de la familia. Deberá presentar prueba de todos los ingresos recibidos durante el mes anterior al cual esté presentando la solicitud. (Por ejemplo, si presentara la solicitud en junio, debería anexar prueba de todos los ingresos recibidos en el mes de mayo. Si presentara la solicitud en mayo, debería presentar prueba de todos los ingresos recibidos en abril.)

Para presentar **prueba de los ingresos de un empleo**, anexe copia de todos los talones de cheques de salario correspondientes al último mes antes de solicitar cobertura, que muestren el salario bruto. Si no tiene los talones de cheques, puede enviar una carta firmada por el empleador indicando cuánto (salario bruto) se le pagó al empleado en cada período de pago de ese mes, o puede llamar al

1-866-87-FAMIS para solicitar un formulario especial para declarar los ingresos provenientes de su trabajo. Si usted trabaja por su cuenta, presente su declaración de impuestos más reciente y todas las nóminas auxiliares de pago o registros de pago correspondientes al último mes.

También deberá presentar prueba de otros tipos de ingresos recibidos. Algunos ejemplos de **prueba de otros ingresos** incluyen:

- **Manutención de menores** — una hoja impresa del sitio en internet de la División de Ejecución de la Manutención de Menores (Division of Child Support Enforcement) correspondiente al último mes, o copias de todos los cheques por manutención de menores recibidos el último mes, una declaración firmada por la madre o el padre ausente, indicando cuánto paga cada mes, o una orden reciente del tribunal;
- **Seguro Social (SSA o SSI) o beneficios de ex combatientes de guerra (Veterans)** — la carta de adjudicación correspondiente al año en curso de la Administración del Seguro Social o de la Administración de Ex Combatientes de Guerra (VA);
- **Compensación por desempleo** — una hoja impresa de la Comisión de Empleo indicando todos los pagos correspondientes al último mes, carta de adjudicación de beneficios, o copia de todos los cheques recibidos el mes pasado.

Si los ingresos son diferentes mes a mes, puede presentar prueba de los ingresos correspondientes a los últimos 3 meses para mostrar el promedio de dichos ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre los ingresos que debe reportar o las pruebas que se necesitan, llame al 1-866-87-FAMIS, o al Departamento local de Servicios Sociales.

FAMIS Select: Si su hijo o hijos son aprobados para FAMIS, podrá optar por inscribirlos en un plan de seguro médico privado o auspiciado por el empleador. FAMIS Select puede ayudarle con el pago de las primas. Si está interesado en este programa, marque la casilla y le enviaremos por correo información adicional si el niño recibe aprobación para inscribirse en FAMIS.

Paso 7 Gastos de instituciones para el cuidado de niños o adultos: Ciertos gastos relacionados con instituciones para el cuidado de niños o adultos podrían ayudar a una persona a calificar para FAMIS Plus o Medicaid para mujeres embarazadas. Díganos si **usted paga por el cuidado del niño o de un adulto mientras trabaja**. Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de cada persona por cuyo cuidado usted paga, cuánto paga, y con qué frecuencia lo hace. (Por ejemplo, \$50 semanales, o \$200 mensuales). Puede incluso reportar este gasto si le está pagando a algún familiar por cuidar a los niños. Los gastos por cuidado de adultos deben ser para un cónyuge, madre o padre discapacitado de la persona que solicita seguro médico.

Paso 8 Cuentas médicas de los últimos 3 meses: Si un menor califica para FAMIS Plus, o una mujer embarazada

califica para Medicaid, es posible que puedan obtener ayuda con las **facturas médicas y dentales correspondientes a los últimos 3 meses (las facturas dentales están cubiertas únicamente para niños)**. Díganos si un niño o una mujer embarazada que solicita seguro ha tenido facturas médicas durante los últimos 3 meses. Si la respuesta es "Sí", escriba el **nombre** del niño o la mujer embarazada que ha tenido facturas médicas, y el **mes** en el cual recibieron el servicio médico o dental. También deberá presentar prueba de los ingresos familiares correspondientes a ese mes, a fin de que podamos determinar si las personas hubiesen podido calificar para FAMIS Plus o Medicaid en el momento de recibir los servicios médicos. Si un niño califica para FAMIS o una mujer embarazada califica para FAMIS MOMS, sólo estarán cubiertas las facturas médicas desde el primer día del mes en que FAMIS o el Departamento local de Servicios Sociales recibió su solicitud firmada.

NO ENVÍE FACTURAS MÉDICAS O DENTALES. No podemos pagar cuentas enviadas por individuos. Si el niño o la mujer embarazada califica para esta cobertura retroactiva, podemos pagar las cuentas presentadas por los médicos, hospitales, dentistas, farmacias u otros proveedores médicos por concepto de servicios médicos o dentales prestados al niño que recibe FAMIS Plus o a la mujer embarazada que recibe Medicaid durante ese tiempo.

Paso 9 Entrega de información: Si desea que alguien más reciba información sobre esta solicitud en nombre suyo, **escriba claramente el nombre de la persona en letra de molde**, o el nombre de una **organización, la dirección y número telefónico** en esta sección. No proporcionaremos información alguna sobre esta solicitud a nadie, excepto a usted o su cónyuge, si éste vive en la casa, a menos que usted nos diga quién desea que reciba tal información.

Paso 10 Firma: Antes de firmar esta solicitud, asegúrese de que toda la información esté correcta, y lea detenidamente la sección sobre sus **Derechos y Obligaciones**. Al firmar la solicitud, usted acepta todas las declaraciones contenidas en la sección de Derechos y Obligaciones. **Firme y escriba la fecha de la solicitud**. No podemos procesar una solicitud sin firmar.

Lista de comprobación final:

- ¿Respondió a todas las preguntas?
- ¿Anexó comprobantes de todos los ingresos del mes pasado?
- ¿Anexó todo otro documento necesario?
- ¿Firmó la solicitud?

Envíe por correo a FAMIS a: PO Box 1820, Richmond, VA 23218-1820, o por fax a FAMIS al 1-888-221-9402, o entréguela hoy en el Departamento local de Servicios Sociales.

SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

(Lea esta sección antes de firmar la solicitud.)

Tengo el derecho a:

- Recibir un trato justo y equitativo, independientemente de mi raza, color, religión, nacionalidad de origen, sexo, creencias políticas o discapacidad, de conformidad con las leyes estatales y federales. Puedo presentar una queja si creo que he sido discriminado.
- Solicitar por escrito una audiencia o revisión de cualquier medida negativa que impida participar o recibir beneficios de FAMIS, FAMIS Plus (Medicaid para niños), FAMIS MOMS, o Medicaid para mujeres embarazadas. Esto incluye decisiones oportunas tomadas sobre esta solicitud. Entiendo que no habrá oportunidad de revisar una medida negativa si la única base para la medida es la falta de fondos para FAMIS o FAMIS MOMS.
- Recibir servicios de la División de Ejecución de Manutención de Menores (DCSE) y recibir el folleto "La Manutención de Menores y Usted" (Child Support and You). Asimismo, entiendo que, en caso de no solicitar dichos servicios, la elegibilidad de mi(s) hijo(s) para FAMIS o FAMIS Plus no se verá afectada. Entiendo, además, que si una mujer adulta embarazada fuese elegible para Medicaid, tiene hijos y está separada o divorciada de su esposo, podrá exigírsele que colabore con DCSE para recibir los beneficios.

Asimismo, entiendo y convengo en que:

- Esta solicitud podría conducir a la inscripción en FAMIS o FAMIS Plus para los niños, o en FAMIS MOMS o Medicaid, si la persona que presenta la solicitud está embarazada. Entiendo que serán inscritos en el programa apropiado, de acuerdo con las requisitos de participación.
- Los menores **no pueden recibir** cobertura de FAMIS o FAMIS MOMS si:
 - son elegibles para FAMIS Plus o Medicaid para mujeres embarazadas;
 - son elegibles para recibir cobertura médica bajo un plan de seguro médico para empleados del estado;
 - son pacientes de una institución para enfermedades mentales; o
 - están cumpliendo una condena carcelaria en una institución correccional pública.
- El estado o sus contratistas podrán contactar a otras agencias estatales y federales a fin de verificar cualquier información que afecte a la elegibilidad para la cobertura de los niños o la mujer embarazada que aquí se solicita.
- El Estado y sus contratistas podrán intercambiar la información contenida en esta solicitud, así como información médica, de salud o de otra índole, relacionada

con la cobertura del (los) niño(s), o de la mujer embarazada, con otras agencias y contratistas, a fin de ayudar con la solicitud, inscripción, administración, y control y garantía de calidad. Esto incluye a compañías que ofrecen seguro médico a los niños o a la mujer embarazada. No compartiremos su información con el IRS ni el INS.

- Commonwealth de Virginia o la entidad designada por ésta tiene derecho a recibir pagos por servicios y suministros de compañías de seguros y otras fuentes con responsabilidad legal, como reembolso por servicios médicos recibidos por el (los) niño(s) o la mujer embarazada.

- Cada proveedor de servicios médicos del (los) niño(s) o de la mujer embarazada podrá facilitar toda la información médica o de otra índole que sea necesaria para que el proveedor reciba el pago.

Como persona afiliada a FAMIS, FAMIS Plus, FAMIS MOMS, o Medicaid, entiendo que:

- Seré responsable de efectuar un copago por algunos servicios médicos y dentales de FAMIS recibidos por mi(s) hijo(s).
- Podría ser responsable de efectuar copagos por servicios no relacionados con el embarazo recibidos por la mujer embarazada inscrita en FAMIS MOMS o Medicaid;
- Los casos de FAMIS Plus para niños y los casos de Medicaid para mujeres embarazadas serán mantenidos por el Departamento local de Servicios Sociales donde vive la persona.
- Los casos de FAMIS y FAMIS MOMS serán mantenidos por la Unidad de Procesamiento Central (CPU) de FAMIS;
- Para las personas inscritas en cuidados administrados, se paga una prima cada mes al plan MCO por la cobertura de la persona. Si el niño o la mujer embarazada no es elegible para FAMIS, FAMIS Plus, FAMIS MOMS, o Medicaid debido a que no proporcioné información verdadera, o no notifiqué los cambios obligatorios relativos al número de miembros o los ingresos de mi familia, podría tener que pagar las primas mensuales pagadas al plan MCO. Es posible que deba pagar estas primas incluso si no se recibieron servicios médicos durante esos meses; y
- Deberé notificar cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud a la CPU de FAMIS, al 1-866-873-2647, o a la agencia local del Departamento de Servicios Sociales.

FAMIS Y FAMIS PLUS DEBERÁN RENOVARSE AL MENOS **CADA 12 MESES**. ES MUY IMPORTANTE QUE USTED NOTIFIQUE CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO A LA AGENCIA QUE MANEJA EL CASO. SI NO TENEMOS SU DIRECCIÓN CORRECTA, NO PODREMOS NOTIFICARLE CUÁNDO DEBE RENOVAR LA COBERTURA, Y EL NIÑO SERÁ ELIMINADO DEL PROGRAMA.

AYÚDENOS A MANTENER A SUS HIJOS CUBIERTOS. ¡AVÍSENOS SI CAMBIA DE DIRECCIÓN!!